

阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 9 月 3 0 日

阿賀野市長 加 藤 博 幸

阿賀野市規則第 3 8 号

阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則（平成 1 6 年阿賀野市規則第 9 1 号）の一部を次のように改正する。

第 1 号様式を次のように改める。

第1号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費受給資格  
認定兼受給者証交付申請書

|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|-----------------------|----------------|-----------------------------|------|--|-------|--------|-------|--|--|------|----------------|-------|--|
| 本人氏名                  |                |                             |      |  |       | 性別     |       |  |  | 生年月日 |                | 年 月 日 |  |
| 個人番号                  |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
| 世帯主氏名                 |                |                             |      |  |       | 本人との続柄 |       |  |  | 職業   |                |       |  |
| 住所                    |                |                             |      |  |       |        |       |  |  | 電話番号 |                |       |  |
| 障害内容                  | 身体障害者手帳        | 交付年月日                       | 交付番号 |  |       |        | 障害名   |  |  |      | 等級             |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      | 級              |       |  |
|                       | 療育手帳           | 交付年月日                       | 交付番号 |  |       |        | 障害の程度 |  |  |      | 有期判定<br>(有期期限) |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        | A     |  |  |      | 有 ・ 無<br>( )   |       |  |
|                       | 精神障害者保健福祉手帳    | 交付年月日                       | 交付番号 |  |       |        | 障害の程度 |  |  |      | 有効期限           |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        | 1 級   |  |  |      |                |       |  |
|                       | その他            |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
| 加入医療保険等               | 保険種別           | 国(一・退)・政(一・日)・組(一・退)・共・船・後期 |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|                       | 被保険者氏名         |                             |      |  |       | 記番号    |       |  |  |      |                |       |  |
|                       | 保険者名           |                             |      |  |       | 所在地    |       |  |  |      |                |       |  |
|                       | 標準負担額減額認定証等の有無 |                             |      |  | 有 ・ 無 |        |       |  |  |      |                |       |  |
| 扶養義務者等<br>(同一世帯に限ります) | 氏名             | 個人番号                        |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |
|                       |                |                             |      |  |       |        |       |  |  |      |                |       |  |

上記のとおり  
身体障害者手帳  
療育手帳  
精神障害者保健福祉手帳  
と加入医療保険資格情報が分かる書類等を添えて申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

(本人との続柄 )

阿 賀 野 市 長 様

第 2 号様式中

「

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 上記のとおり、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。 |    |
| 年 月 日                           | 住所 |
| 申請者                             | 氏名 |
| 阿賀野市長 様                         |    |

」

を

「

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 上記のとおり、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。            |    |
| なお、世帯の収入状況を地方税法に基づく課税台帳により確認することについて承諾します。 |    |
| 年 月 日                                      | 住所 |
| 申請者                                        | 氏名 |
| 阿賀野市長 様                                    |    |

」

に改める。

第 1 1 号様式中

「

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
|-----|--|

」

を

「

|      |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|
| 住 所  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |

」

に改める。

附 則

この規則は、令和 7 年 1 0 月 1 4 日から施行する。